FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 52.

DES

LÉSIONS DU FŒTUS

DANS

LES APPLICATIONS DU FORCEPS

AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Janvier 1896

PAR

Charles-Marie-Joseph-Paul LANTEAUME

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GINASSERVIS (Var) le 10 Janvier 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. MOUSSOUS	professeur		*Président*
	DEMONS	professeur		
	VILLAR	agrégé		*Juges*
	CHAMBRELENT	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

—

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 52.

DES

LÉSIONS DU FŒTUS

DANS

LES APPLICATIONS DU FORCEPS

AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Janvier 1896

PAR

Charles-Marie-Joseph-Paul LANTEAUME

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GINASSERVIS (Var) le 10 Janvier 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. MOUSSOUS	professeur	*Président*
	DEMONS	professeur	*Juges*
	VILLAR	agrégé	
	CHAMBRELENT	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1896

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... Professeurs honoraires
AZAM.....

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIECHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
		Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE		

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Profond amour.

A MES CHERS ONCLES :

JEAN-BAPTISTE GARIEL

CONSERVATEUR DES HYPOTHÈQUES EN RETRAITE

GARIEL

COLONEL EN RETRAITE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de vive gratitude.

A MES AMIS :

PAUL DAUPHIN

AVOCAT

DOCTEUR EN DROIT

Souvenir de Lycée.

PAUL MARTIN

LICENCIÉ EN DROIT

AIDE-COMMISSAIRE DE LA MARINE

Souvenir de Toulon.

DOCTEUR LÉO DE NICOLAS DU PLANTIER

MÉDECIN DE 2^{e} CLASSE DE LA MARINE

Souvenir de Bordeaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAËT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAMBRELENT

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ACCOUCHEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR OUI

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ACCOUCHEMENT A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE LILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIÉCHAUD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE DES ENFANTS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ MOUSSOUS

CHARGÉ DU COURS DES MALADIES INTERNES DES ENFANTS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUSSOUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PRÉFACE

Les premières lignes d'un travail scientifique de ce genre doivent être réservées à l'expression des sentiments de gratitude qui animent le cœur.

M. le professeur agrégé Chambrelent nous a inspiré le sujet de cette thèse : nous conserverons un souvenir bien reconnaissant de ses excellents conseils.

Avant de quitter Bordeaux, nous tenons à dire aux éminents professeurs qui nous ont dirigé d'étape en étape, dans le cours de nos études médicales, qu'ils ne seront jamais oubliés :

A M. le professeur agrégé Cassaët, notre premier maître dans les hôpitaux civils, nous offrons notre hommage de reconnaissance affectueuse. Que de fois il nous a été donné d'apprécier son érudition et sa bonté !

Pendant notre stage d'une année à l'hôpital des Enfants, nous avons appris, auprès de nos maîtres distingués

M. le professeur Piéchaud et M. le professeur agrégé André Moussous, l'art de soigner et d'aimer les petits êtres.

Nous remercions bien sincèrement M. le professeur Lanelongue, notre maître en chirurgie, des bonnes leçons que nous avons puisées dans son service.

M. le professeur Moussous a doublement droit à notre reconnaissance : après nous avoir donné les premières notions d'obstétrique dans ses cliniques d'accouchements, il a bien voulu nous faire l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

PLAN

1° Historique.

2° Etude des lésions produites par le forceps au détroit supérieur et leur mécanisme : *a*) crâne, *b*) face, *c*) cou.

3° Observations personnelles.

4° L'application du forceps au détroit supérieur est-elle une opération recommandable? Réponse tirée de la discussion des observations personnelles (limite de l'application 9 centimètres). Quand l'application sera permise, on emploiera de préférence la prise oblique avec le forceps de Tarnier.

5° Si l'application n'est pas autorisée, fera-t-on la version ? Non ; les résultats sont à peu près les mêmes.

Fera-t-on la symphyséotomie ? Oui.

Statistiques à l'appui concernant le forceps et la symphyséotomie.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'origine des lésions que nous allons énumérer dans le chapitre suivant remonte au jour où le forceps courbe de Levret a été substitué au forceps droit. Toutefois, Levret n'a pas su apprécier la véritable portée de son invention : « J'ai fait faire un forceps courbe, dit-il, dans l'intention de prévenir les déchirures de la fourchette. »

C'est en 1777 que Smellie décrit, pour la première fois, les divers modes d'emploi du forceps au détroit supérieur. Il pose en principe qu'une application antéro-postérieure ne peut se faire que si la tête fœtale n'est pas engagée; et si cette indication n'est pas remplie, il conseille l'application oblique. Les observations qu'il a publiées, et dans lesquelles il expose ses résultats, mentionnent des dépressions considérables des os du crâne.

Baudelocque (1807) partage les idées de Smellie au point de vue opératoire. Il signale à son tour des enfoncements du

crâne : « La plupart des enfants, dit-il, périssent avant de naître. Dans le nombre de ceux soumis à l'examen anatomique, les uns avaient des fractures aux os du crâne, avec enfoncement des pièces fracturées; chez d'autres, ces mêmes os étaient déprimés profondément sans fractures, et, dans tous, le péricrâne et la dure-mère étaient détachés des pariétaux aux environs des sutures. »

Gardien, contemporain de Baudelocque, attribue les fractures du crâne aux causes précédemment décrites.

Mme Lachapelle rejette l'emploi du forceps au détroit supérieur; elle consigne dans son traité les lésions qui sont la conséquence de cette application « dangereuse ».

Dugès (1881), le collaborateur de Mme Lachapelle, joint quelques observations à celles de la célèbre sage-femme. Il insiste sur la facilité avec laquelle les pariétaux se fracturent, pendant le travail, dans les bassins rétrécis.

Vernois, en 1837, consigne dans sa thèse un cas de paralysie bien limitée de la moitié gauche de la face chez un enfant, à la suite de la compression d'une des branches du forceps, dans un accouchement laborieux. Jusqu'à ce moment là, les paralysies faciales ont été attribuées aux compressions cérébrales (Kilian).

Landouzy, en 1839, trace l'histoire de la paralysie faciale et en fait le sujet de ses leçons cliniques.

Dubois (1839) en fait connaître la nature et les caractères.

« Ces paralysies, dit-il, se manifestent dans des conditions bien déterminées; elles sont le résultat de la compression que le forceps exerce sur une des branches ou sur le tronc du nerf facial à son point d'émergence du trou stylo-mastoïdien. »

Il cite, en outre, des coupures, des excoriations et des fractures des os pariétaux produites par le forceps.

Il rejette l'emploi de cet instrument quand la tête est fixée au détroit supérieur.

Chailly-Honoré (1842) se déclare partisan de ce mode d'application du forceps.

Toutefois, « la tête ne doit pas être d'un volume tout à fait anormal et le bassin ne doit pas être trop rétréci. » Il pense. comme Baudelocque, qu'il peut y avoir enfoncement du crâne sans fracture.

Jacquemin, dans le manuel qu'il a écrit en 1846, consacre quelques pages aux diverses lésions imputées au forceps : après avoir mentionné les fractures et les paralysies faciales qu'on rencontre dans les accouchements laborieux, il est le premier à décrire avec précision les hémorrhagies méningées et la congestion cérébrale des nouveau-nés.

Dans la majorité des cas, le forceps est la cause indirecte de quelques-unes de ces lésions : les saillies osseuses ont nécessaires à la production des enfoncements et des fractures.

Pajot (1853) étudie longuement dans sa thèse d'agrégation les dépressions des os et les fractures du crâne. Pour la première fois, la dépression a un qualificatif qui permet de se rendre compte de sa forme; elle est appelée « dépression en godet ». Il n'est question, il est vrai, que de cette espèce de pression; mais n'est-elle pas la plus importante?

Quelques années plus tard, l'auteur s'élève contre « l'abus du forceps dans les accouchements laborieux. » Il termine par les conclusions suivantes : « Quand, dans un accouchement rendu laborieux par une étroitesse absolue ou relative du bassin, vous aurez à faire l'application du forceps, rappelez-vous qu'après des tentatives modérées et dirigées avec une extrême douceur, vous devrez renoncer à cet instrument. »

La thèse de Jayet (Paris 1858) donne une classification des fractures du crâne et des diverses complications qui en résultent.

Dans la thèse de Bailly (1860) nous trouvons des considérations sur la force qui est nécessaire pour produire, dans les bassins rétrécis, les fractures de la tête fœtale.

Jouslain (thèse de Paris 1865) cite quelques observations de fractures et d'enfoncements du crâne dus au forceps dans les bassins viciés.

Marc-Dubayle (thèse de Paris 1866) après avoir exposé les raisons qui lui font préférer le forceps à la version dans les bassins où la tête n'est point encore engagée, nous présente une classification des lésions du fœtus à la fois ingénieuse et intéressante.

Cazeaux (1867) conseille l'application oblique. Pour lui, le forceps n'a son utilité que lorsque la tête est solidement fixée; il mentionne, dans son traité, les ruptures des os du crâne imputées à cet instrument.

Zancarol (1867) passe en revue les accidents qui peuvent résulter des diverses applications du forceps. Pour lui, dans la plupart des cas, cet instrument n'est qu'une cause indirecte de fracture ; mais il arrive quelquefois que la tête soit lésée directement, par exemple lorsque celle-ci est très élevée et que, « pour obvier aux inconvénients d'une saisie qui n'est pas irréprochable, l'opérateur est obligé de serrer davantage les branches. »

Guéniot publie, dans la *Société de chirurgie* de 1867, un exemple « presque unique de paralysie du bras » produite par une application de forceps au détroit supérieur.

Nadaud (1872) publie deux observations très intéressantes de lésions mortelles dues au forceps, avant l'engagement de la tête fœtale ; dans le premier cas, il note un enfoncement

du frontal et une paralysie faciale gauche ; dans le second cas, il mentionne une paralysie de la face et du cou, accompagnée d'une infiltration purulente.

Quillot (1874) cite l'observation d'une femme rachitique qui, à la suite d'une application de forceps au détroit supérieur, a mis au monde un enfant mort. Il attribue les fractures du crâne à la proéminence de l'angle sacro-vertébral, et conclut en rejetant l'emploi du forceps, lorsqu'il s'agit de bassins rétrécis dans le sens antéro-postérieur.

Puglièse (1874) prétend que l'application du forceps au détroit supérieur devrait être rayée du cadre des opérations : « l'application est pénible, dit-il ; le succès pour l'enfant est rare et trop souvent, au contraire, il y a désastre absolu. »

Budin (1876) étudie, dans sa thèse, les diverses modifications que la tête fœtale subit dans son passage à travers les bassins rétrécis.

En 1894, il énumère les inconvénients attachés à l'application antéro-postérieure du forceps, lorsque la tête est retenue au détroit supérieur.

Dans ses conclusions, il adopte l'application oblique.

Labat (1881) a en vue la déformation pariétale qui ne manque pas dans les accouchements suivis d'une application de forceps au détroit supérieur et qui se caractérise, d'après lui, par l'aplatissement, le refoulement en arrière et peut-être l'abaissement des pariétaux.

Charpentier, en 1883, énumère les lésions que peut présenter la tête fœtale qui a traversé un bassin rétréci, dans les accouchements terminés par le forceps. Il signale, d'après les auteurs allemands, les empreintes qui peuvent être superficielles ou profondes, les inflexions des os en forme de gouttière et en forme de cuiller.

Loviot (1886) publie l'observation d'un accouchement ter-

miné par le forceps chez une femme rachitique à terme. L'enfant qui était d'un volume moyen ne vécut que quarante-huit heures, et on put constater à l'autopsie qu'il avait une double fracture frontale.

Pinard, en 1888, se déclare partisan de l'application antéro-postérieure. Mais, en 1891, il embrasse la cause de la symphyséotomie, et, pour affirmer les bienfaits de cette belle opération, il établit des statistiques comparatives qui marquent sa supériorité sur l'emploi du forceps.

La thèse de Lepage (1888) renferme un grand nombre d'observations de lésions du crâne dans les applications du forceps au détroit supérieur. L'auteur conseille de saisir la tête suivant son diamètre bi-pariétal.

Farabeuf, en 1891, est encore un partisan convaincu de ce genre de prise. Il signale les divers inconvénients du forceps ordinaire et les lésions nombreuses qui résultent de son application. Il termine sa discussion en faisant l'éloge de son mensurateur-levier-préhenseur qu'il veut substituer aux autres instruments.

Boissard, en 1892, a publié deux observations d'enfoncements et de fractures du crâne dus à l'application du forceps avant l'engagement de la tête fœtale.

Nous ne ferons que citer, dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, l'article de Pinard sur le Forceps, et dans le *Nouveau Dictionnaire*, celui de Bailly sur le Fœtus.

Parmi les auteurs étrangers, seuls les Allemands se sont occupés sérieusement de cette question.

Michaelis, en 1851, consacre un travail important aux lésions du crâne du fœtus consécutives à l'accouchement. Un des premiers, il étudie les dépressions locales en forme de sillon et en forme de cuiller. Il signale le siège habituel des fractures, et entre dans des considérations sur le mécanisme de

l'accouchement dans les bassins rétrécis, ainsi que sur l'emploi du forceps dans ces bassins.

Litzmann, dans une leçon intitulée : « Du traitement de l'accouchement dans les bassins viciés » s'exprime ainsi :

« L'emploi du forceps dans les bassins viciés exige une prudence extrême. Le but étant de sauver la mère et l'enfant, dans aucun cas l'instrument ne doit blesser l'un ou l'autre. »

L'auteur mentionne les lésions fœtales qui résultent de ces accouchements laborieux.

Nœgele, en 1880, pense qu'en général il est impossible, quand la tête est élevée, d'appliquer le forceps autrement que sur les côtés du bassin. Il étudie les lésions de la tête fœtale au point de vue médico-légal.

Dans les autres pays, les auteurs sont moins nombreux qui se sont occupés de cette question.

En Angleterre, nous citerons Smellie, que nous avons nommé plus haut, et Simpson (1874).

Hubert, de Louvain (1880), est d'avis que l'application oblique est la meilleure ; son traité renferme peu de choses concernant notre sujet.

Stadfeldt, de Copenhague (1892), rejette le forceps, lorsque le rétrécissement du bassin est assez notable. Il prétend qu'une intervention de ce genre expose le fœtus à de graves lésions. Il présente des statistiques à l'appui de ses théories.

Enfin, Narich, de Smyrne (1892), pense que les causes des lésions du forceps au détroit supérieur peuvent résider dans le mode d'application de cet instrument. Après avoir exposé les inconvénients des diverses applications du forceps, il se déclare partisan de la direction oblique.

CHAPITRE II

Etude des lésions et leur mécanisme

1° CRANE

Parmi les lésions du crâne, les unes intéressent le cuir chevelu, d'autres les os, d'autres les méninges, d'autres enfin le cerveau.

Nous ferons entrer dans le cadre de ces lésions celles qui siègent à la voûte orbitaire.

La paralysie faciale nous servira d'intermédiaire entre les lésions du crâne et celles de la face.

a) CUIR CHEVELU

Ecchymose. — Elle est produite par la déchirure des vaisseaux directement amenée par la compression des branches du forceps. Elle siège dans les téguments; entre les téguments et l'aponévrose; entre l'aponévrose et l'épicrâne. Elle n'a aucune importance.

Déchirures et excoriations. — Ces lésions sont plus graves que la précédente à cause des cicatrices indélébiles qu'elles peuvent laisser. Elles sont le résultat de manœuvres maladroites : ainsi, par suite du glissement de l'une des branches du forceps, le contour de la cuiller se dessine sur le front ou sur une autre partie de la tête et un de ses bords coupe les téguments.

La plaie, peu grave, peut toutefois être le point de départ d'un érysipèle.

Céphalœmatomes. — Ils ne nous arrêteront pas; nous dirons seulement qu'ils se produisent chez des enfants qui y sont prédisposés par une affection osseuse.

b) **OS** (**Enfoncements, Fractures, Chevauchements**).

Enfoncements; Fractures. — *Anatomie pathologique.* — Les auteurs allemands ont l'habitude de décrire deux inflexions, différentes de forme et de gravité.

En première ligne, vient l'inflexion en *forme de sillon*, de *gouttière*.

Son siège le plus habituel est sur le côté de la tête qui a été en contact avec le promontoire; mais, dans quelques cas, elle est visible aussi sur la partie antérieure et est due alors au bord supérieur du pubis.

Son étendue et sa profondeur sont variables. Le plus souvent, c'est le bord antérieur, le bord coronal du pariétal qui est déprimé; la portion squameuse du pariétal peut aussi être déformée en avant et en arrière, mais beaucoup plus rarement que le bord antérieur.

La seconde modification de forme est l'inflexion en *forme de godet*, *d'entonnoir*, *de cuiller*. Comme il est rare que le fond

de ces enfoncements soit régulier; comme les parois présentent le plus souvent la forme d'un triangle, on appelle encore ces déformations : *impressions triangulaires* (Müller).

Cette dépression se trouve dans la majorité des cas sur le côté postérieur de la tête, plus souvent sur le pariétal que sur le frontal. Son siège sur chacun de ces os n'est pas indifférent ; sur le frontal on la voit sur la partie antéro-supérieure, entre la bosse, le bregma et la suture fronto-pariétale; sur le pariétal, au niveau de la partie antéro-supérieure entre la bosse, la grande fontanelle et la suture coronale ; on la rencontre rarement entre la bosse pariétale et l'oreille.

L'étendue et la profondeur ne sont pas toujours les mêmes : suivant Litzmann, la longueur varierait entre 2, 5 et 4 centimètres, et la profondeur entre 5 millimètres et 1 centimètre. Pajot en a observé dans lesquelles l'extrémité du pouce pénétrait facilement. M^me^ Lachapelle cite un exemple de dépression de 3 pouces 3/4 d'étendue.

Le degré varie suivant la consistance des os, et suivant le plus ou moins grand resserrement des sutures et des fontanelles.

Les *fractures* accompagnent souvent les inflexions ou dépressions que nous venons de décrire.

Les fêlures, les fissures, limitées presque toujours à une des tables de l'os sont des fractures incomplètes.

Les fractures complètes sont représentées par des enfoncements angulaires très prononcés ; l'os est brisé dans toute son épaisseur, et les fragments sont déprimés inégalement. Le siège des fractures sera donc celui des dépressions. Pas toujours cependant ; car, ainsi que Danyau l'a fort bien remarqué, les os directement en rapport avec l'angle sacro-vertébral peuvent avoir une épaisseur et une solidité telles qu'ils résistent et demeurent intacts, tandis que des os éloignés, moins résistants, se fracturent.

Jusqu'à présent, nous avons parlé de l'influence de l'angle sacro-vertébral sur les enfoncements et sur les fractures de la tête fœtale : le forceps n'agit, dans ce cas, que d'une façon indirecte.

Nous devons ajouter que cet instrument est quelquefois l'agent direct des mêmes lésions.

Quand on fait une application antéro-postérieure, les enfoncements et les fractures siègent aux pariétaux et aux frontaux.

Si la prise est directe, si elle est oblique, il pourra se produire des fractures de l'occipital, du temporal, de l'os malaire. Ces deux faits sont assez rares.

Causes et mécanisme. — Ainsi que nous venons de le dire, le forceps peut produire une fracture par la compression de ses cuillers; mais généralement il n'intervient que comme cause indirecte.

D'après Pajot, « la compression se fait de deux façons :

» 1° Elle est active si elle est due à la pression directe des branches de l'instrument;

» 2° Elle est passive; ici les branches du forceps étant placées l'une après l'autre, dans un anneau résistant et étroit, et si on les articule après avoir placé entre les cuillers une tête fœtale plus volumineuse que les dimensions de l'anneau, et que l'on vienne alors à exercer la traction directe sans compression aucune : les réactions du bassin étant égales aux actions, les fractures du crâne sont ici indépendantes de l'instrument. »

Les fractures et les enfoncements par pression directe se produisent lorsque, la tête étant très élevée, les extrémités de l'instrument portent directement sur elle, et quand, pour éviter le glissement on est obligé de serrer les branches fortement. C'est la crainte (exagérée) de cet accident qui fait

rejeter à Mme Lachapelle l'application du forceps au détroit supérieur.

Les lésions qui nous intéressent, dépendent souvent du degré de développement du crâne. Lorsque les sutures sont rapprochées, peu mobiles et les os résistants, la compression peut être longue, énergique, sans trop de danger, tandis que dans les conditions opposées, elle devient promptement funeste (Jacquemier).

Le degré de solidité du crâne n'a pas été envisagé de la même façon par tous les auteurs. C'est ainsi que, d'après Michaelis, les empreintes en forme de cuiller se produisent plus facilement sur une tête bien ossifiée. Pour Litzmann, au contraire, ces inflexions sont plus fréquentes sur une tête malléable.

Le volume de la tête et le rétrécissement du bassin ont aussi une influence sur le siège de la déformation.

Quand le bassin est généralement rétréci, la tête fœtale se place le plus souvent dans la position oblique, le frontal répondant à l'angle sacro-vertébral, porte la marque de cette saillie.

Si le bassin est aplati, la tête fœtale se met dans la position transverse, et les pariétaux deviennent le siège des lésions.

Mais si l'aplatissement est léger, ou si le fœtus est petit, le mécanisme de l'accouchement pourra ne plus être le même. Au lieu d'une position transversale on aura une position oblique et le crâne du fœtus sera déformé dans sa partie frontale.

En résumé, les causes qui amènent un enfoncement ou une fracture du crâne, dans les applications du forceps au détroit supérieur, sont au nombre de deux : l'ossification incomplète des os, un volume trop grand de la tête par rapport au bassin.

Symptômes et pronostics. — Les fractures et les enfoncements se traduisent par des signes locaux et par des signes généraux.

Un examen attentif de l'enfant permettra de voir qu'un des os du crâne est déprimé en un point ; il y aura une différence de niveau, une excavation quelquefois profonde. La tête sera asymétrique. Quelques enfants n'ont aucun phénomène général et si on n'examinait pas la tête avec soin, l'enfoncement passerait inaperçu.

Quant aux fractures, si les lésions extérieures manquent, leurs désordres osseux les plus étendus peuvent passer inaperçus ; et si les enveloppes externes sont intéressées, l'épanchement peut encore masquer la fracture.

Lorsque l'écartement existe, il est en général facile de le reconnaître à cause du peu d'épaisseur des parties molles ; la mobilité n'existe pas toujours. Le seul signe qui ait une certaine valeur c'est la crépitation ; mais ce signe ne se produit guère que dans les fractures multiples où des fragments osseux sont mis en liberté.

Nous traiterons des phénomènes généraux en décrivant les lésions du cerveau et des méninges.

Le pronostic est incertain ; si de nombreux enfants finissent par triompher, quelques-uns succombent. Dugès cite l'exemple de deux enfants qui ont survécu et qui eurent, l'un un enfoncement du frontal, l'autre un enfoncement du pariétal, larges de 5 centimètres et profonds de 1 cent. 1/2.

Nous avons eu l'occasion d'observer l'année dernière dans le service de M. le professeur Demons, une malade atteinte d'une affection de la paupière. Elle était âgée de vingt ans et présentait sur le front une dépression de 3 centimètres environ d'étendue produite par l'application du forceps.

En général, les fractures sans enfoncement, et les enfon-

cements sans fracture ne sont pas graves, tandis que les fractures compliquées d'enfoncement le sont beaucoup.

Diagnostic. — La fissure est une solution de continuité incomplète ; elle représente une tumeur allongée due à un épanchement sanguin.

Un enfoncement avec fracture est marqué par une dépression à bords saillants ; un enfoncement sans fracture n'offre aucune saillie.

Traitement. — Nous ne ferons que mentionner les ventouses diverses dont on s'est servi, et nous nous arrêterons au procédé de Boissard : « En présence d'un enfant qui avait un enfoncement du frontal, il n'hésita pas à inciser le cuir chevelu au niveau de la suture fronto-pariétale, il fit une boutonnière à la lame fibreuse qui réunit le frontal au pariétal et, introduisant par cette ouverture une sonde cannelée légèrement recourbée, il atteignit, en rasant la face interne du frontal, la partie déprimée qu'il releva progressivement. Le succès couronna ses efforts, car, à peine l'enfoncement avait-il disparu, que l'enfant respirait. »

Chevauchements. — D'après M. Budin, le chevauchement des pariétaux l'un sur l'autre ne s'observe que sous une forte pression exercée par le forceps dans les bassins rétrécis : « Les deux pariétaux appuyant l'un sur le promontoire, l'autre sur le pubis (position transversale) le premier effet de la contraction, en les faisant glisser sur ces deux surfaces, tend à les rapprocher l'un de l'autre puis à les faire chevaucher. » Et plus loin, il ajoute : « On peut même dans certains accouchements laborieux voir la portion écailleuse de l'occipital se séparer complètement de la portion basilaire, se luxer pour ainsi dire sur elle à ce niveau. » Il est bien plus ordinaire de voir le chevauchement du frontal et de l'occipital sous les pariétaux ; ce dernier phénomène peut s'observer en dehors de toute intervention.

Pronostic. — Il varie avec l'étendue du chevauchement. Nous devons à M. le professeur agrégé Rivière, une observation dans laquelle le chevauchement a causé la mort du fœtus : le tissu cartilagineux, abandonnant toujours le tissu osseux dans les cas graves, la rupture des vaisseaux donne lieu à une hémorrhagie méningée.

MÉNINGES

Hémorrhagies méningées. — De nombreuses autopsies ont démontré que ces hémorrhagies siègent en général, d'une part entre les os et la dure-mère, d'autre part dans la grande cavité de l'arachnoïde.

La thèse de Jouslain (1856) nous fournit une observation d'hémorrhagie méningée à la suite de fractures du crâne et de déchirures de la dure-mère.

Les dépressions et les fractures produisent des hémorrhagies dans la cavité arachnoïdienne.

Les fractures seules peuvent causer des épanchements entre la dure-mère et les os. Il est rare, même dans ce cas, de trouver un des sinus veineux ouvert. Depaul donne les résultats d'une autopsie que nous inscrirons à cause de la rareté du fait : « La faux du cerveau se trouve perforée en plusieurs points et le sinus longitudinal est ouvert en deux endroits. C'est de ce conduit veineux ou de certaines veines cérébrales supérieures, rompues dans le point où elles s'abouchent dans le sinus, que paraît provenir le sang qui forme une couche mince, fluide à la surface des hémisphères cérébraux. »

Sang. — Il est tantôt fluide, noir, visqueux et comme

épaissi, tantôt entièrement coagulé. L'hémorrhagie est le plus souvent limitée à la partie postérieure de l'un des hémisphères du cerveau, au cervelet ou à la moelle allongée. Souvent répandue sous forme d'une large nappe, entre les os du crâne et la dure-mère, le sang se présente avec la même fréquence dans la cavité de l'arachnoïde sous la forme de foyers.

Etiologie. — Nous ne reviendrons pas sur les considérations que nous avons émises en traitant des enfoncements du crâne; dans ce chapitre, nous avons attribué les lésions aux anomalies du développement du crâne.

Symptômes. — Les symptômes nous arrêteront un instant. Ils apparaissent le jour, le lendemain et même le quatrième jour de la naissance. C'est de l'agitation, de l'anxiété, de l'irrégularité de la respiration, des cris brefs, des grimaces, de la dilatation des pupilles, un léger trismus, des rougeurs et des pâleurs alternatives de la face. Il survient ensuite de la somnolence, une contraction continuelle des mains avec pronation forcée, inclinaison vers le bord cubital de l'avant-bras, roideur des doigts. On observe assez souvent une roideur prolongée des membres de l'un des côtés, mais presque jamais l'hémiplégie, malgré l'abondance de l'épanchement sanguin. Tantôt les symptômes s'aggravent, l'enfant pâlit et meurt; tantôt ils cessent et alors on peut supposer que l'épanchement dans l'arachnoïde était peu abondant. Quand les mouvements convulsifs épileptiformes se manifestent dans les premiers jours qui suivent la naissance, ils sont presque constamment liés à un épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde, ou à la compression du cerveau par excès de compression, et la mort survient presque aussitôt.

Traitement. — On emploie les sangsues et les révulsifs.

CERVEAU

Les fractures et les enfoncements des os causent des lésions semblables sur la substance cérébrale ; toutefois, les fragments osseux, dans les fractures multiples, peuvent en assombrir le pronostic.

Le chapitre précédent contient l'histoire des lésions du cerveau ; il ne nous reste donc qu'à étudier les conséquences de ces lésions, au point de vue mental.

Les facultés des pauvres blessés se développent-elles à l'égal de celles d'un enfant sain, ou bien leur intelligence ne reste-t-elle pas endormie et ne vont-ils pas grossir le chiffre des idiots ? Nous ne pouvons résoudre cette question, n'ayant aucune donnée sérieuse.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, dans la clientèle hospitalière, de suivre les enfants de cette catégorie et de voir ce qu'ils deviennent dans la suite. Un auteur allemand a rapporté l'observation d'un jeune médecin, sur le crâne duquel on voyait un enfoncement consécutif à l'accouchement; il n'y avait aucun trouble cérébral.

Nous rappellerons le cas de la malade de M. le professeur Demons : elle jouissait de toutes ses facultés, malgré la dépression de l'os frontal.

M. Lefour a bien voulu nous fournir deux nouvelles preuves en faveur de la conservation complète de l'intelligence, l'une ayant trait à un enfant de onze ans, l'autre à un enfant de huit ans.

En présence de ces affirmations, nous sommes porté à croire que, si les troubles intellectuels sont rares, l'idiotie l'est encore davantage.

L'épilepsie ne serait-elle pas parfois, une conséquence des enfoncements des os du crâne ? Nous ne saurions résoudre cette question.

VOUTE ORBITAIRE

Quand la fracture intéresse la base du crâne, c'est le plus souvent au niveau de la voûte orbitaire qu'elle siège.

Elle est simple ou étendue.

Dans les cas où la fracture est simple, il peut n'y avoir qu'une projection légère du globe oculaire en arrière duquel existera un épanchement sanguin. La conjonctive est quelquefois le siège d'un épanchement sous-conjonctival. Mais si la fracture est étendue, s'il y a effondrement de la voûte, les complications oculaires seront plus importantes. Par suite de la pression que les fragments exerceront d'arrière en avant sur le globe oculaire, on verra celui-ci être chassé de l'orbite et pendre sur la joue.

A la suite d'une application de forceps faite par Depaul, on retrouva un des globes oculaires de l'enfant dans les linges qui avaient été disposés sur le sol. Danyau a observé un cas semblable avec cette différence que le second œil tomba à son tour.

PARALYSIE FACIALE

Mécanisme. — La paralysie faciale est le résultat de la compression que le forceps exerce sur une des branches ou sur le tronc du nerf facial (septième paire) à son point d'émergence du trou stylo-mastoïdien. Elle se produit d'autant mieux que la saillie de l'apophyse mastoïde et celle du conduit auditif sont moins prononcées. Lorsque la compres-

sion est faite vers le bord antérieur de la parotide toutes les branches du nerf sont comprises dans la lésion. Mais comme la place occupée par la cuiller peut varier, on doit admettre la possibilité d'une paralysie bornée à l'orbiculaire des paupières ou à l'orbiculaire des lèvres.

La paralysie double n'a jamais été observée.

Caractères. — Il existe un phénomène remarquable relatif à la paralysie faciale : la déformation de la tête, peu sensible à l'état de repos, devient évidente pendant les cris de l'enfant.

« En effet, si l'œil du côté sain est ouvert, il devient presque impossible de saisir une différence avec celui du côté paralysé. L'enfant vient-il à crier, à bâiller, aussitôt les traits sont bouleversés. Tout un côté de la figure est entraîné vers l'autre; la commissure des lèvres du côté sain est tirée en dehors et en haut; l'aile du nez du côté paralysé paraît immobile et moins ouverte. L'œil malade reste ouvert. Il n'y a pas de déviation de la luette ni de la langue et la sensibilité est conservée. La succion n'est difficile qu'au début. La non-occlusion des paupières n'a entraîné ni épiphora, ni inflammation de la conjonctive. » (Landouzy).

Pronostic. — Elle s'en va spontanément dans la plupart des cas, sans laisser aucune trace.

Toutefois, on a observé des cas plus sérieux. Duchenne de Boulogne raconte le fait suivant : « J'ai été consulté pour une jeune personne de 15 ans, et, qui était atteinte d'une hémiplégie faciale depuis sa naissance, après une application de forceps. On avait cru qu'elle guérirait avec le temps et puis on avait dit à sa famille qu'il n'y avait rien à faire. Les muscles répondant un peu à l'excitation électrique, j'ai conseillé de tenter le traitement par la faradisation, quoiqu'il fut bien tard. »

Traitement. — Il faut coucher l'enfant du côté opposé à la paralysie et garantir l'œil ouvert d'une lumière vive. On applique des résolutifs, de petits vésicatoires; si ces moyens échouent, on a recours à l'électricité.

FACE

Joues. — Les déchirures, les excoriations que présentent les joues sont tout à fait semblables aux petites lésions du cuir chevelu. Nous ne répéterons donc pas ce que nous avons déjà décrit.

Mâchoire. — On observe rarement les fractures du maxillaire inférieur dans les applications du forceps au détroit supérieur. Pajot en rapporte un cas qu'il attribue à Stoltz; celui-ci employa un forceps trop courbé sur les bords et à cuillers trop rapprochées à leur extrémité. La tête, saisie suivant le diamètre occipito-mentonnier, subit une réduction telle que le maxillaire inférieur fut brisé.

Lusk, de New-York, publia, en 1893, une observation intéressante : l'autopsie du fœtus démontra que le maxillaire inférieur avait été fracturé à la suite de tractions faites pour transformer la présentation du front en présentation de la face.

Nous avons lu, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 1895, un autre cas de fracture produite par des manœuvres instrumentales mal dirigées.

En résumé, les applications du forceps, faites selon les trois méthodes généralement employées, n'ont presque jamais produit de fracture du maxillaire.

COU

Hématome. — L'hématome du muscle sterno-cléido-mastoïdien se forme sous l'influence de deux causes : lorsque la tête est très inclinée, l'extrémité d'une cuiller vient buter contre le cou et détermine une empreinte à ce niveau ; la même lésion se produit si les cuillers du forceps glissent trop loin sur le cou, à travers le détroit supérieur. L'hématome disparaît au bout de quelques jours.

Paralysie brachiale. — *Mécanisme :* comme l'hématome elle est due à une mauvaise application de forceps favorisée par une présentation défléchie et inclinée de la tête. Depaul conseille de l'éviter en s'assurant si les cuillers sont bien placées avec leur concavité sur les faces latérales de la tête. « En agissant à l'émergence des cinquième et sixième nerfs cervicaux, Erb a vu que les muscles, deltoïde, biceps, coraco-brachial se contractaient simultanément ; ce lieu d'émergence est le « point d'Erb ». Il est situé au niveau du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale. D'après Féré, les cinquième et sixième branches cervicales forment le nerf musculo-cutané, le nerf circonflexe et les branches qui se rendent aux muscles sus et sous-épineux, grand dorsal, grand dentelé, etc... En effet le deltoïde reçoit le nerf axillaire, les nerfs sus et sous-scapulaires se rendent aux muscles sus et sous-épineux ; le biceps, le coraco-brachial, le brachial antérieur et le long supinateur sont animés par le nerf musculo-cutané.

» *Attitude du membre :* la paralysie du deltoïde explique pourquoi le bras est immobile et pendant le long du corps. Le

muscle triceps, animé par le nerf radial maintient l'avant-bras en extension sur le bras ; son action est inverse des fléchisseurs (biceps brachial, etc.). Le muscle sous-scapulaire détermine la rotation en dedans de la tête de l'humérus (antagoniste du sous-épineux). Les muscles supinateurs étant paralysés il y a pronation du bras. » (Budin).

Pronostic et traitement. — Voir paralysie faciale.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Des lésions du fœtus dans les applications du forceps au détroit supérieur.

Observation I

Léger rétrécissement du bassin. Application de forceps au détroit supérieur. Enfant un peu étonné mais vivant.

Marie B..., âgée de vingt-huit ans, domestique. Réglée à douze ans, ses menstrues ont toujours été irrégulières et peu abondantes.

Elle est enceinte pour la première fois et vient accoucher dans une salle de la Clinique le 28 février 1889 après neuf mois de gestation.

Par le toucher, on constate un *léger rétrécissement du bassin.*

La lenteur du travail exigeant une intervention, le forceps est appliqué au détroit supérieur ; déchirure du périnée, et périnéorrhaphie.

Délivrance naturelle.

Enfant : sexe masculin ; poids 2 kil. 600; longueur 0 m. 50. Un peu étonné, au moment de l'extraction, l'enfant revient bientôt à la vie.

Observation II

Rétrécissement du bassin. Application de forceps au détroit supérieur. Enfant presque asphyxié, il est ranimé par les manœuvres ordinaires.

Dorothée P..., mariée, en est à sa deuxième grossesse.

Elle a vu ses dernières règles en juillet : elle est donc à terme.

Le toucher mensurateur permet de constater un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur qui mesure à peine *8 centimètres*.

Le travail commence le 11 avril 1889, il est pénible et lent ; la tête de l'enfant ne s'engageant pas, on applique le forceps au détroit supérieur.

Délivrance naturelle.

Enfant : Il naît presque asphyxié ; mais il est ranimé quelques instants plus tard.

Observation III

Bassin rétréci. Forceps au détroit supérieur. Enfant mort.

Marie C..., vingt-deux ans, brossière. Les premières règles sont apparues à seize ans. Peu abondantes elles ont toujours été irrégulières.

Les deux premières grossesses ont été suivies d'accouchements normaux ; dans la première, l'enfant était mort-né, dans la seconde il était vivant. Les dernières règles pour la grossesse actuelle datent du mois d'août.

La femme serait donc enceinte de neuf mois. Le 10 mai 1889, l'examen de la femme permet de constater une dilatation complète. La tête de l'enfant se trouve placée au détroit supérieur. *Le bassin est rétréci.*

Présentation du sommet en O. I. D. T. Le forceps Tarnier est appliqué au détroit supérieur, après chloroformisation. La tête, amenée tout d'abord sur le plancher périnéal, remonte quand on retire le forceps ; après une nouvelle introduction des cuillers, la rotation est faite et la tête ramenée à la vulve.

Enfant: mort-né, sexe masculin; poids : 4 kil. 300; longueur 0 m. 54.

D. O. M. 13,5	D. Bi-P. 8.7
D. O. F. 11,5	D. Bi-T. 8,7
D. S. o. B. 9,5	

Observation IV

Forceps au détroit supérieur. Enfant en état de mort apparente, il est ranimé.

Catherine L..., vingt-huit ans, cuisinière, enceinte pour la troisième fois.

Cette femme a marché à l'âge de deux ans, mais a dû, après une chute de cheval, s'arrêter jusqu'à l'âge de trois ans. Le premier accouchement a donné un enfant mort à huit mois ; le deuxième, provoqué au septième mois, a donné un enfant vivant.

La femme est enceinte de huit mois et demi. Application de forceps au détroit supérieur.

Enfant : Sexe masculin; poids : 2 kil. 400; longueur 0 m. 47 : diamètre bi-pariétal 8 cent. 5.

Né en état de mort apparente, l'enfant est ranimé peu après sa naissance.

OBSERVATION V

Forceps au détroit supérieur. Tête volumineuse, enfant mort-né par asphyxie.

Marthe P..., quarante-deux ans, cultivatrice, mariée. Son enfance a été maladive.

Réglée pour la première fois à douze ans, ses menstrues ont toujours été régulières. La première grossesse a été normale; la deuxième, qui date de deux ans, a été terminée par un avortement (chute d'un arbre).

La grossesse actuelle donne lieu aux constatations suivantes : Le palper est impossible à cause du développement du ventre; l'utérus est contracté. A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal sont entendus à gauche et en avant. Le toucher fait constater la présence au détroit supérieur d'une *tête très volumineuse.* Le col présente une dilatation de 5 francs.

On a affaire à une présentation du sommet en O. I. G. A.

Le travail dure trente heures. Les bruits du cœur finissent par devenir plus lents, et l'enfant commence à souffrir.

On applique le forceps au détroit supérieur sur une tête déviée à gauche et fortement inclinée sur son pariétal droit.

Enfant : Mort-né par asphyxie.

D. O. M. 13,5	D. S. o. M. 11
D. O. F. 13	D. Bi-P. 10,5
D. M. 14,5	D. Bi-T. 9
D. S. o. B. 10	D. Bi-mast. 8,5
D. S. o. F. 10.	

OBSERVATION VI

Forceps au détroit supérieur. Présentation du siège. Tête volumineuse. Enfant mort-né.

Marie B..., vingt et un ans, domestique, primipare.

Elle a marché à treize mois et a eu les fièvres intermittentes à l'âge de six ans.

Le ventre de cette femme est volumineux, les seins sont bien conformés.

Le palper est rendu difficile par les contractions qui sont très fortes.

A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal s'entendent à gauche et en arrière. Par le toucher, on constate dans le vagin la présence d'une poche des eaux en boudin.

Le travail a duré douze heures ; tandis que la période de dilatation a été assez rapide, l'expulsion, très longue, n'a pu s'effectuer seule.

L'enfant s'est présenté par le siège ; l'expulsion des pieds et du tronc a été normale ; la *tête, très volumineuse*, n'ayant pu s'engager, le forceps a été appliqué au détroit supérieur.

L'extraction a été très pénible par suite de l'introduction difficile des branches du forceps.

Enfant : mort-né ; sexe masculin ; diamètre Bi-P. : 10,5 ; diamètre Bi-T. 8,5.

OBSERVATION VII

Forceps au détroit supérieur. Rétrécissement du bassin (8 cent. 1/2) Paralysie faciale.

Louise T...., journalière, âgée de vingt-huit ans. Nourrie au sein jusqu'à dix-huit mois, elle n'a marché qu'à quatre ans. Troubles anémiques dans la première enfance, et fièvre typhoïde à dix-sept ans.

Elle a été réglée à quinze ans ; ses menstrues sont régulières, elles durent de sept à neuf jours et sont très abondantes. Pendant la menstruation, cette femme est tellement faible qu'elle est obligée de garder le lit ; elle a été mariée à seize ans, à un homme atteint de tuberculose.

Elle a eu onze grossesses signalées par des troubles considérables du côté du système digestif et du système nerveux ; toutes ont dû être terminées par le forceps ; aussi ne reste-t-il que trois enfants vivants, les autres étant morts pendant l'accouchement. L'aîné, âgé de sept ans, se porte bien, mais les deux autres, dont l'un à quatre ans et l'autre quinze mois, sont rachitiques.

La grossesse actuelle a offert les particularités suivantes : perte complète de l'appétit, vomissements, constipation opiniâtre, varices aux membres inférieurs, céphalalgie, troubles visuels, douleurs épigastriques. Le toucher indique une situation transverse de la tête qui est retenue au détroit supérieur ; on a affaire à une O. I. D. T.

Les bruits du cœur sont entendus à droite, à 5 centimètres de la ligne médiane, au niveau de l'ombilic. Le diamètre antéro-postérieur mesure 8 cent. 1/2.

Le 30 avril 1893, après neuf mois de gestation, la femme éprouve les premières douleurs ; à trois heures, on constate une dilatation palmaire, à cinq heures la dilatation est complète. La tête ne descend pas et l'on se décide à intervenir : le forceps appliqué au détroit supérieur amène un enfant du poids de 4,110 grammes, et d'une longueur de 54 centimètres.

L'*enfant*, un peu étonné, *a de la paralysie faciale* ; son état est bon.

D. O. M. 13.3	D. S. o. F. 10
D. O. F. 11,5	D. S. o. M. 10,2
D. M. 13,5	D. Bi-P. 9,3
D. S. o. B. 9,5	D. Bi-T. 8.4

Observation VIII

Forceps au détroit supérieur. Accouchement provoqué (8e mois). Rétrécissement du bassin (9 centimètres). Enfant vivant.

R... (Marguerite), âgée de vingt-sept ans, marchande.

Née à terme, nourrie au sein, elle a toujours joui d'une bonne santé. Les premières règles se sont montrées à quinze ans; elles s'arrêtèrent au bout d'un mois pour revenir un an plus tard. Elles ont toujours été irrégulières et peu abondantes.

Cette femme a déjà eu trois grossesses : la première, à l'âge de dix-huit ans, a été suivie d'un accouchement à terme, mais l'enfant était mort et macéré; la deuxième, à vingt-trois ans, a donné un enfant vivant, très petit; la troisième, à vingt-cinq ans, s'est terminée par un accouchement laborieux. *On appliqua le forceps au détroit supérieur;* après un travail de quarante-huit heures, un enfant vivant du poids de 4 kilogr. 300 fut mis au monde; il présentait une petite plaie contuse à la tête produite par une branche du forceps.

Les considérations suivantes marquent la grossesse actuelle : la tête est retenue au détroit supérieur; on a affaire à une O. I. D. P. Les bruits du cœur offrent le maximum de leur intensité à droite et en arrière. On remarque que le col de l'utérus présente des déchirures au niveau de l'orifice externe.

Le diamètre antéro-postérieur *mesure 9 centimètres.*

Cette femme est enceinte de huit mois : le 2 mai, à huit heures du matin, on introduit dans l'utérus un ballon Moussous (200 gr. d'eau); à neuf heures les contractions utérines apparaissent.

Le 3 mai, à deux heures du matin, le ballon se rompt et s'expulse : le col présente une dilatation de 5 francs; les contractions cessent.

Le 4 au matin, on introduit un ballon de Champetier (400 gr. d'eau). Les contractions apparaissent aussitôt et le ballon est expulsé à une heure. On constate que le col est revenu sur lui-même; les contractions ayant cessé de nouveau, elles n'apparaissent que le soir à dix heures malgré les irrigations chaudes qui sont faites toute la journée. A une heure la dilatation est complète, on rompt la poche des eaux, un aide fixe la tête au détroit supérieur; celle-ci ne descend pas, par suite de la faiblesse des contractions : application de forceps au détroit supérieur.

Enfant vivant : sexe masculin; poids, 2 kilogr. 910.

D. O. M. 12,5	D. S. o. F. 10
D. O. F. 11,4	D. S. o. M. 8,8
D. M. 13,4	D. Bi-P. 8,6
D. S. o. B. 9,6	D. Bi-T. 7.5

Placé dans une couveuse, l'enfant commence à se porter bien au moment de sa sortie.

Observation IX

Forceps au détroit supérieur. Accouchement prématuré provoqué. Rétrécissement du bassin (8 cent. 1/2). Symphyséotomie. Fractures produites par le forceps. Enfant mort.

Marie V..., vingt-six ans, lingère, secondipare.

Le premier accouchement a été terminé par une application de *forceps au détroit supérieur :* enfant mort.

Pendant sa grossesse actuelle, cette femme a joui d'une bonne santé; rien de particulier à signaler; pas de malformation du squelette. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 centimètres; le

diamètre antéro-postérieur mesure donc, déduction faite, *8 cent. 1/2 environ*.

Un mois avant l'accouchement, la tête, très élevée et volumineuse, est en rapport avec le détroit supérieur; le palper mensurateur permet de constater qu'elle déborde déjà sensiblement le pubis; le dos est à droite, le siège en haut; les bruits du cœur fœtal s'entendent à droite de la ligne médiane, au niveau de l'ombilic.

Par le toucher, on trouve le col légèrement entr'ouvert. On atteint avec difficulté la tête fœtale au-dessus du détroit supérieur. Le promontoire est atteint assez facilement; il est très élevé.

La femme demande instamment un enfant qui vive, même au prix d'une opération.

Le sommet se présente en O. I. D. T.

Le 15 janvier, un mois plus tard, à neuf heures du matin, introduction du ballon Champetier. Les contractions commencent, et à trois heures et demie de l'après-midi, le ballon est dans le vagin; on l'extrait. La dilatation est complète, on provoque la rupture des membranes; la tête ne s'engage pas.

A cinq heures, *application directe du forceps* Tarnier par le docteur Oui, chef de clinique : une branche est placée derrière le pubis, l'autre devant le promontoire. Tractions modérées pendant quinze minutes. La tête s'engage en partie. Les bruits du cœur faiblissent un peu, mais restent bons. Désarticulation du forceps.

A cinq heures quarante-cinq, M. le professeur Moussous commence la symphyséotomie.

Incision de la peau et du tissu cellulaire. Recherche de l'interstice des pyramidaux. La section de la symphyse est commencée avec le bistouri boutonné.

A ce moment, il est impossible, grâce à l'engagement de la tête, de placer le doigt en arrière de la symphyse pubienne. Le tiers supérieur de celle-ci, n'offre pas de difficultés à la section, mais arrivé vers le milieu de la hauteur, le bistouri, complètement encastré, ne peut

plus avancer, ni reculer : il est pris comme dans un étau. Il faut, pour le retirer, lui faire exécuter des mouvements de latéralité, pendant lesquels la lame se brise, presque au ras du manche. Le débris est retiré à l'aide d'une pince à forcipressure. La section est alors continuée par M. le docteur Boursier. De grandes difficultés surgissent.

Quand la section est complète, les cuisses sont portées en abduction et les pubis s'écartent de 5 à 6 centimètres.

Pas de craquements. Hémorrhagie abondante à l'angle inférieur de la plaie. Tamponnement.

Une application de forceps très laborieuse amène, à sept heures du soir, un enfant qui fait trois ou quatre inspirations et succombe malgré tous les efforts tentés pour le ranimer.

Lésions. Mort. — La trace des cuillers du forceps est marquée profondément sur la tête fœtale. Les applications ont été régulières. Bosse séro-sanguine très nette au niveau du pariétal droit. Nombreuses suffusions sanguines sous le péricrâne. Fractures absolument symétriques des deux pariétaux, partant à peu près des sutures temporo-pariétales pour aboutir à peu près au niveau des bosses pariétales ; ces fractures sont dues à la première application du forceps.

Enfant : du sexe masculin. Poids : 3 kil. 230; âge : huit mois et demi.

D. O. M. 14	D. S. o. F. 11
D. O. F. 12	D. S. o. M. 10
D. M. 14	D. Bi-P. 10
D. S. o. B. 10	D. Bi-T. 9

Observation X

Forceps au détroit supérieur. Enfant vivant.

Jeanne N..., vingt-neuf ans.

Elle a déjà eu deux enfants, l'un en 1886, l'autre en 1889, après un travail fort long, mais sans incident.

Vers la fin de la grossesse actuelle, la malade se plaignait de maux

de tête continus; ses urines, albumineuses, revinrent à l'état normal après un régime lacté de quinze jours.

Un mois plus tard, elle retourne à la Clinique d'accouchement, avec de l'œdème aux membres inférieurs.

L'utérus, dévié à droite, remonte jusqu'au creux épigastrique. Le sommet se présente en O. I. G. A.

Le toucher permet d'atteindre seulement la fontanelle antérieure qui est en arrière et à droite.

Cette femme est à terme.

Le 11 mai 1893, à neuf heures du soir, on constate une dilatation de 2 francs ; le 12, à trois heures du matin, la dilatation est palmaire; à cinq heures, elle est complète. Malgré des contractions douloureuses et très fréquentes, la descente ne s'effectue pas. Les bruits du cœur fœtal sont sourds.

Application un peu oblique du forceps au détroit supérieur. Extraction pénible.

Enfant vivant : Sexe masculin; poids: 3 kil. 200.

D. O. M. 13	D. S. o. M. 13
D. O. F. 11,5	D. Bi-P. 10
D. M. 13, 5	D. Bi-T. 8
D. S. o. Br. 10	D. Bi-mast. 7
D. S. o. F. 10	D. M. F. 9

D. M. Br. 11.

Observation XI

Forceps au détroit supérieur. Rétrécissement du bassin (8 centimètres). Bassin aplati généralement rétréci. Version podalique. Accouchement provoqué. Fracture du bras, aplatissement du pariétal droit, hémorrhagie méningée.

Sylvine Q..., vingt-huit ans. Secondipare. Son premier accouchement a été terminé par une opération césarienne après plusieurs applications infructueuses de forceps.

Femme bien portante, de petite taille.

Le diamètre antéro-postérieur du bassin mesure 8 centimètres.

Il existe une éventration énorme au niveau de la cicatrice abdominale.

Le fœtus est très mobile. Présentation du sommet en G. T.

Le col, ramolli, est absolument ferme. Le promontoire est accessible. La mensuration digitale donne pour le diamètre P. sous-P. 10 centimètres; déduction faite, on compte 8 centimètres de P. P. M.

Bassin aplati généralement rétréci.

Au bout de huit mois de grossesse, le 30 septembre 1893, le ballon Moussous est introduit sans difficultés et gonflé avec 100 grammes d'eau phéniquée. Le 1er octobre, il est engagé dans le col; on ajoute 50 grammes d'eau; des contractions utérines fréquentes, mais faibles se produisent. Le ballon n'est expulsé que le 2 octobre à deux heures de l'après-midi. On y injecte encore 100 grammes d'eau et on le laisse dans le vagin en contact avec le col qui est largement déhiscent mais non effacé. Les contractions douloureuses continuent sans faire augmenter la dilatation du col.

Le 3 octobre, à cinq heures du soir, une bougie n° 30 est introduite entre les membranes et la face interne de l'utérus. On constate à ce moment 2 grammes d'albumine dans les urines; l'albumine faisait défaut avant l'accouchement.

A neuf heures, le liquide amniotique s'écoule. Le col ne s'est pas encore modifié. Introduction du ballon Champetier gonflé avec 50 grammes d'eau et progressivement jusqu'à 300 grammes.

Le 4 octobre, à six heures du soir, la dilatation est complète. On retire le ballon et les membranes sont rompues. On chloroformise la malade; et comme la tête ne s'engage pas, on fait une *application régulière de forceps* qu'on répète deux fois sans résultat.

On fait alors la version podalique. L'extraction est assez difficile; la tête est dégagée avee beaucoup de difficultés.

Enfant : Il meurt après trois ou quatre inspirations, sexe masculin ; poids : 2 kil. 570.

Age : 8 mois.

D. O. M. 11,6	D. S. o. F, 9,7
D. O. F. 10,5	D. Bi-P. 8,6
D. M. 12,5	D. Bi-T. 8
D. S. o. B. 8,5	

Autopsie. — Fracture du bras (version) ; aplatissement considérable du pariétal droit. Hémorrhagie méningée extrêmement abondante.

Observation XII

Forceps au détroit supérieur. Bassin rétréci. Enfant mort.

Thérèse M..., quarante-sept ans.

Enceinte pour la neuvième fois, ses huit premières grossesses ont été normales : enfants vivants.

Femme de constitution maladive, faible et très anémiée. Température 36° 8/10. Pulsations radiales : 120 à la minute. Pas de signe de rachitisme.

Le palper est douloureux, l'utérus est contracté ; les battements du cœur fœtal sont rapides.

Présentation du sommet en O. I. D. T. Grossesse à terme. Bassin rétréci.

Le toucher permet de constater la présence de caillots de sang dans le vagin. La vessie étant distendue par l'urine on pratique le cathétérisme.

Le travail commence le 13 mai 1893. Malgré les contractions violentes de l'utérus la tête ne s'engage pas. Une sage-femme appelée à

une heure du soir constate la rupture de la poche et un effacement sensible du col ; celui-ci est dans le même état jusqu'à une heure du matin. A ce moment, les contractions utérines, jusque-là lentes se réveillent et le travail commence réellement. A six heures du matin, malgré la dilatation complète, la tête reste fixée au détroit supérieur.

Un docteur, appelé, applique le forceps à ce niveau ; aux premières tractions (très fortes, dit l'entourage), la femme pousse un cri déchirant ; le forceps dérape, un flot de sang s'échappe de la vulve. Deuxième application de forceps dix minutes après : mêmes résultats. Alors la patiente est portée à la Clinique d'accouchements. Il est une heure et demie. M. le docteur Oui, chef de clinique, est frappé de la forme de l'utérus qui est remonté très haut, à l'épigastre et est tout bosselé.

Le palper est difficile. M. Oui fait cependant le diagnostic de sommet en D. P.

Première application du forceps Tarnier : l'introduction des branches est assez facile mais l'articulation est impossible ; la première branche tourne complètement dès que la deuxième est introduite. Après bien des efforts, l'opérateur parvient à articuler le forceps : celui-ci dérape ; mais cette fois, le sang ne jaillit pas.

Deuxième tentative : même résultat.

Troisième application du forceps Levret qui amène un enfant mort-né.

Nous oublions de dire que le cordon était prolabé au moment de *notre* intervention et que les bruits du cœur avaient cessé.

Enfant : asphyxié ; sexe féminin, poids 3.775 grammes.

D. O. M. 13,4	D. S. o. F. 11
D. O. F. 12	D. Bi-P. 9,2
D. M. 13,8	D. Bi-T. 7,6
D. S. o. B. 10	D. Bi-mast. 8,6

Mort de la mère, rupture de l'utérus ?

Observation XIII

Forceps au détroit supérieur. Bassin rétréci (8 centimètres). Craniotomie.

Lucie E..., femme G..., vingt-six ans, ménagère, est entré à la Maternité le 21 janvier 1891. Tertipare. Scrofuleuse. Bassin vicié : le *diamètre antéro-postérieur mesurait 8 centimètres.*

Le travail a commencé le 21 janvier à neuf heures du matin et a duré deux jours.

Trois applications de forceps ont été faites en ville, sans résultat.

A l'arrivée de cette femme dans le service de M. Lugeol, le cordon faisait procidence. Présentation du sommet en O. I. D. T.

Nouvelle tentative d'application du forceps Levret : même résultat.

La craniotomie a été faite à l'aide du perce-crâne Blot.

Délivrance naturelle.

Enfant : mort-né, sexe masculin ; poids, 3 kil. 100.

Observation XIV

Forceps au détroit supérieur. Bassin rétréci (7 centimètres). Craniotomie.

Marie F..., vingt-quatre ans, tailleuse, primipare, est entrée à la Maternité le 10 mars 1892.

Le diamètre antéro-postérieur *mesurait 7 centimètres.*

Le travail a commencé le 1er avril et a duré seize heures.

Présentation du sommet en O. I. G. P.

Le forceps, appliqué au détroit supérieur n'ayant donné aucun résultat, M. Lugeol a fait la craniotomie.

Enfant : mort-né, sexe féminin ; poids, 3 kil. 100; longueur 0 m. 50.

Suites de couches pathologiques : lochies fétides.

Relâchement de la symphyse pubienne.

Observation XV

Forceps au détroit supérieur. Enfant mort.

Ernestine G... femme B..., trente-six ans, cuisinière, primipare, est entrée à la Maternité le 12 avril 1892.

Le travail a débuté le 4 juin à neuf heures du matin et a duré trente-huit heures.

Présentation du sommet en O. I. D. A.

Application du forceps au détroit supérieur. Déchirures du périnée : périnéorrhapie. Escharres profondes du vagin et de la vulve.

Enfant : mort-née, sexe féminin ; poids, 3 kil. 700.

Suites de couches pathologiques : lochies fétides, fièvre.

Observation XVI

Forceps au détroit supérieur. Enfant mort.

Louise L..., vingt-quatre ans, blanchisseuse, primipare.

Le travail a commencé le 3 avril 1892, à trois heures du soir et a duré quatre-vingt-neuf heures.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

Application du forceps au détroit supérieur.

Déchirure du périnée et de l'urèthre.

Enfant : mort-né ; sexe masculin ; poids : 3,200 grammes.

Suites de couches pathologiques ; fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, curettage utérin.

Observation XVII

Forceps au détroit supérieur. Rétrécissement du bassin (diamètre A. P.). Enfant mort.

Marie F..., vingt-six ans, domestique, primipare, est entrée à la Maternité le 1er juin 1892.

Rétrécissement du diamètre A. P.

Le travail a débuté le 27 juin, à onze heures du soir, et a duré quarante-deux heures,

Présentation du sommet en O. I. G. A.

Application du forceps au détroit supérieur. Déchirure du périnée. Rupture du cordon.

Enfant : mort-né ; sexe masculin. Poids : 3,500 grammes. Longueur : 0 m. 50.

Suites de couches pathologiques : lochies fétides, fièvre.

Observation XVIII

Forceps au détroit supérieur. Rétrécissement du diamètre A. P. (9 cent. 1/2.) Enfoncement du frontal droit. Enfant mort.

Augusta C..., vingt-deux ans, domestique, secondipare, est entrée à la Maternité le 29 août 1892.

Rétrécissement du diamètre antéro-postérieur, dont la longueur est de 9 cent. 1/2.

Le travail a débuté le 10 novembre, à cinq heures du matin et a duré onze heures et demie.

Présentation du sommet en O. I. D. P.

Application du forceps au détroit supérieur.

Enfant : mort-née, sexe féminin ; poids 3,200 grammes ; longueur 0 m. 52.

Lésion : Enfoncement du frontal droit ; suites de couches normales.

Observation XIX

Forceps au détroit supérieur. Rétrécissement du bassin (8 cent.) Craniotomie.

Jeanne B..., femme B..., vingt-sept ans, sans profession, secondipare, est entrée à la Maternité le 2 février 1893.

Rétrécissement du bassin : 8 centimètres.

Le travail a commencé le 6 février, à onze heures du matin.

Accouchement provoqué au huitième mois ; introduction du ballon de Tarnier ; expulsion de ce ballon à la dilatation de 2 francs. Introduction du ballon de Barne.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

Application du forceps au détroit supérieur. Insuffisance de ces applications.

Craniotomie.

Enfant : mort-né ; poids : 2,500 grammes ; suites de couches pathologiques ; péritonite, mort.

Observation XX

Forceps au détroit supérieur. Rétrécissement du bassin (8 centimètres). Broiement du pariétal gauche. Craniotomie. Version.

Marie B..., vingt-sept ans, tailleuse, secondipare, est entrée à la Maternité, le 19 mai 1893.

Diamètre antéro-postérieur : 8 centimètres.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

Huit applications infructueuses de forceps en ville ; application du forceps Levret au détroit supérieur par M. Lugeol : résultat nul, le forceps glissait sur la tête; celle-ci était très volumineuse. Le médecin en chef de la Maternité se décida à faire la *craniotomie*. Le basiotribe dérapa, et amena au dehors une grande partie du pariétal qui avait été broyé par les applications du forceps.

Version. — Elle permit d'extraire l'enfant. Déchirure du cul-de-sac latéral droit dans le vagin.

Enfant : *Mort.* Poids : 2 kil. 980, sans compter le poids de la matière cérébrale; longueur : 0 m. 60. On n'a pu prendre les diamètres de la tête, vu la grande déformation qu'elle a subi pendant la craniotomie; le pariétal gauche a été complètement enlevé par suite des nombreuses applications de forceps faites en ville.

Suites de couches : albuminurie, cystite.

OBSERVATION XXI (1)

Forceps au détroit supérieur. Bassin généralement retréci : diamétre promonto-sous-pubien, 10 cent. 1/2. Accouchement prématuré provoqué. Enfoncement du frontal gauche. Enfant vivant.

Marie B..., cultivatrice, âgée de quatorze ans et quatre mois et demi. Réglée régulièrement à douze ans, et de constitution robuste ; elle n'a pas d'antécédent morbide.

La date des dernières règles est inconnue.

Palpation : la tête, mobile au niveau du détroit supérieur, est en O. I. G. T.

Auscultation : Bruits du cœur normaux à gauche, au voisinage de l'ombilic.

Toucher : col ramolli, orifice externe fermé. Angle sacro-vertébral accessible.

Diamètre promonto-sous-pubien : 10 cent. 1/2 (déduction faite, 9 centimètres de diamètre P. P. M.).

Mais le bassin est manifestement *rétréci dans tous ses diamètres* et sur toute la hauteur.

En présence de cette situation, M. le docteur Lugeol, qui dirigeait encore à ce moment la Maternité, crut devoir provoquer le travail.

Une bougie excitatrice est introduite dans l'utérus, le 29 décembre 1894, à onze heures du matin. Dans la nuit du 29 au 30, apparaissent les premières contractions.

(1) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (Dr Lefour, médecin en chef de la Maternité), 29 mai 1895.

Le 30 décembre, à neuf heures du matin, le col est effacé et l'orifice de la dilatation mesure 2 centimètres de diamètre environ.

Introduction d'un ballon de Barne qui est expulsé une heure plus tard. Dilatation de 3 centimètres.

A onze heures, déchirure des membranes. A la fin de la journée, dilatation de 5 centimètres.

La dilatation n'est complète que le 2 janvier, à deux heures du matin.

Les contractions utérines, très espacées, restent sans action. La tête ne descend pas. Une bosse séro-sanguine énorme proémine dans l'excavation.

J'arrive à la Maternité le 2 janvier. Je me décide pour une application de forceps : Je saisis la tête d'une bosse pariétale à l'autre, correctement par rapport à la tête. Puis, je diagonalise légèrement la tête ainsi saisie en mettant la cuiller postérieure du forceps en rapport avec le bord antérieur de l'aileron gauche du sacrum. Je commence alors les tractions, d'abord en bas et en avant, puis en bas et en arrière, en déprimant fortement le périnée; par le toucher, je sens la tête se fléchir et s'engager à la fois. Mais à mesure que l'engagement devient plus profond et la flexion plus complète, l'extraction devient laborieuse et réclame un effort plus énergique.

La tête arrive enfin sur le plancher du bassin. La rotation s'accomplit assez aisément.

Quant à l'extraire à travers le bassin mou, très peu extensible, elle présente les plus grandes difficultés.

Je triomphe cependant de cette résistance, mais, j'en ai la sensation, ce n'est qu'au prix de déchirures multiples. Deux incisions postéro-latérales préventives sont insuffisantes à ménager le périnée qui se déchire sur la ligne médiane jusqu'au voisinage du sphincter anal.

J'amène enfin, saisie d'une oreille à l'autre, une petite fille qui, quelques instants étonnée, se met bientôt à crier violemment.

Durée du travail : 72 heures. Restauration du vagin. Suite de couches normales.

Enfant : Poids : 3 kilogr. 150.

D. O. F. 11,5	D. Bi-P. 6
D. S. o. B. 10	E. Bi-T. 7,5

Il présentait au niveau de la bosse frontale gauche une dépression très marquée (enfoncement du frontal).

Le 23 janvier, il est en parfait état.

Observation XXII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Rivière.)

Forceps au détroit supérieur. Présentation du front (tête non fléchie). Hémorrhagie méningée par chevauchement des os. Mort de l'enfant.

Madeleine L..., trente-cinq ans, 4pare ; ses trois premiers accouchements ont été spontanés et normaux : enfants vivants.

Quatrième accouchement à terme.

Quand je suis appelé auprès de cette femme, la tête fœtale, non fléchie, est placée au détroit supérieur.

La dilatation est complète. Je romps la poche des eaux, mais *la tête ne se fléchit pas et présente le front.*

Après une attente suffisante, dans l'espoir de voir la flexion se produire, je tente de la provoquer par des manœuvres manuelles, mais sans succès.

Je me décide alors à faire une application de forceps oblique au détroit supérieur : les tractions modérées ne donnent aucun résultat ; des tractions plus énergiques sont aussi inutiles que les premières.

Je désarticule le forceps et fais, après repos, une seconde application : même insuccès.

Une troisième tentative, une heure plus tard, n'est pas suivie d'un meilleur résultat.

Fort préoccupé, je demande l'aide d'un confrère qui applique, d'abord, mon forceps de Tarnier : efforts vains. Ce confrère, d'un certain âge, incrimine alors le forceps et lui substitue le sien, l'ancien forceps de Levret. L'insuccès des tractions est aussi complet. L'instrument *dérape* après quelques efforts vigoureux.

Nous nous décidons à laisser reposer la patiente pendant une heure; pendant ce repos, la tête finit par se fléchir, s'engage rapidement à travers l'excavation et arrive spontanément et rapidement au dehors.

L'enfant est vivant, mais il respire mal ; les inspirations sont espacées, saccadées ; de petits cris plaintifs accompagnent chaque période respiratoire.

La tête offre des lésions peu profondes mais multiples. Saisie obliquement et transversalement par la série des forceps introduits successivement dans les organes génitaux, elle présente en différents points du crâne de profondes contusions et quelques excoriations. Le crâne lui-même paraît cependant intact : pas d'enfoncements ni de fractures, mais *chevauchement très marqué* des os les uns sur les autres.

La respiration ne s'établit pas franchement. Les cris plaintifs continuent ; l'immobilité est complète ; la peau est froide. On voit que la circulation se fait mal et les battements sont lents.

La mort survient trente-six heures après l'accouchement.

La nécropsie ne peut être faite mais tout m'autorise à croire que la terminaison fatale fut le résultat d'une *hémorrhagie méningée* due à la compression par le forceps.

CHAPITRE IV

L'application du forceps au détroit supérieur est-elle une opération recommandable ?

L'application du forceps au détroit supérieur est-elle une opération recommandable ?

La réponse à cette question découle des résultats mentionnés dans les observations que nous avons puisées soit dans les registres de la Clinique d'accouchements, soit dans ceux de la Maternité.

Comme on peut le voir, les résultats ne sont pas encourageants.

Pendant ces sept dernières années on a fait, à la Clinique, 12 applications de forceps au détroit supérieur.

Sur 12 enfants, 6 sont morts (50 0/0). Parmi ceux qui ont vécu, l'un (Obs. VII) a eu de la paralysie faciale, un autre (Obs. IV) est venu au monde en état de mort apparente, un troisième (Obs. II) est né presque asphyxié.

Les observations prises dans les registres de la Maternité sont au nombre de 8 seulement (de l'Observation XIII à l'Observation XXI). Elles nous donnent 8 cas de mort.

Nous nous contenterons de citer les 6 cas d'enfants vivants, que nous n'avons pas voulu décrire dans notre thèse : d'après la maîtresse sage-femme, les lésions qui avaient été observées à la suite de l'opération n'avaient pas été mentionnées.

La mortalité s'élève ici au chiffre de 75 0/0.

En jetant un coup d'œil sur les observations du Chapitre III, il nous sera possible de trouver les causes nombreuses qui président à la production de ces lésions, souvent mortelles.

Parmi ces causes, le rétrécisement du bassin est placé au premier rang.

Le rétrécissement antéro-postérieur a été noté dans la plupart de nos observations : 1 fois la longueur du diamètre promonto-pubien était de 7 centimètres; 5 fois, de 8 centimètres; 2 fois de 8 cent. 1/2; 3 fois de 9 centimètres; 1 fois de 9 cent. 1/2.

Ces résultats nous inspirent la conclusion suivante : à mesure qu'on arrive à 9 centimètres dans le diamètre promonto-pubien et qu'on descend au-dessous pour se rapprocher de 8, il est prudent de ne pas trop compter sur le forceps sous peine de se heurter contre des déceptions dangereuses. Il est vrai qu'on doit tenir compte d'un second facteur, quand on se trouve en présence d'un bassin considérablement rétréci : nous voulons parler du volume de la tête ; deux de nos observations (V et VI), nous prouvent que des conséquences funestes suivent quelquefois l'application du forceps sur une tête volumineuse; dans l'une le diamètre bi-pariétal mesurait 10 cent. 5 et le bi-temporal 9 centimètres ; dans l'autre, le diamètre bi-pariétal était de 10 cent. 5 et le bi-temporal de 8 cent. 5.

Un rapport constant doit exister entre le diamètre antéro-postérieur et le diamètre bi-pariétal; la disproportion entre

le bassin de la mère et la tête fœtale ne doit pas dépasser 5 millimètres.

L'année dernière, M. Perret a fait une communication intéressante à la Société d'obstétrique : en divisant la statistique de la Clinique en deux périodes, l'une du 1er novembre 1888 au 1er janvier 1893, et l'autre allant du 1er janvier 1893 au 1er avril 1895, il remarque qu'il y a eu seulement 27 interventions dans les 50 premiers mois avec une mortalité infantile de 48 0/0, tandis que dans les 27 derniers mois on a fait 19 applications de forceps au détroit supérieur avec 2 décès, soit 10 0/0. M. Perret pense qu'il est facile d'expliquer cette différence en notant que dans la première période, 4 fois l'écart entre le conjugué rétréci et le diamètre bi-pariétal du fœtus excédait 1 cent. 5, que 2 fois cet écart dépassait 8 millimètres et que fréquemment la disproportion était considérable. Au contraire, dans la deuxième période, il y eut 1 fois 12 millimètres de différence et l'enfant mourut. Mais dans tous les autres cas, la différence était inférieure à 5 millimètres.

L'auteur conclut : « Si l'on veut appliquer le forceps au détroit supérieur avec chances de succès, il faut réserver cette opération au cas où la disproportion entre le bassin et le diamètre transverse de la tête fœtale n'excède pas 5 millimètres, sinon mieux vaut s'abstenir et recourir à un autre procédé. »

D'autre part, M. Fochier dit : « La malléabilité et la dépressibilité de la tête doit être aussi envisagée. Le promontoire, dans ce cas, fait gagner 15 millimètres par la dépression en gouttière qu'il cause. En outre, la déformation spéciale de la tête permet d'utiliser certains diamètres qui autrement seraient perdus. »

L'Observation XXI nous montre un type de bassin généralement rétréci; la concavité du sacrum disparaît et la tête ne

peut être entraînée à travers le détroit supérieur. Au moment de la flexion, le front vient s'appuyer sur le promontoire, et si l'ossification des os est incomplète, un enfoncement se produit à ce niveau.

La présentation du front n'est nullement favorable aux applications du forceps. (Obs. XXII.)

La tête ne se fléchit pas; dans ce cas, il faut transformer la présentation du front en celle du sommet ou de la face. Si la tête est en partie engagée, ce changement ne peut se faire, et la mort devient souvent la conséquence de l'application du forceps.

Les tentatives souvent répétées du forceps interviennent pour une large part dans la production des lésions sur la tête fœtale.

Un médecin (Obs. XX) a fait consécutivement 8 applications de forceps : le pariétal gauche, fracturé en plusieurs points, a quitté complètement la boîte cranienne, au moment de l'extraction.

Pajot cite l'exemple suivant : « Une femme arrive à la Clinique; déjà 4 applications de forceps par 4 médecins; femme épuisée par ces manœuvres. Qu'eût-il fallu faire ? Il fallait tenter 1 ou 2 applications de forceps et non 4 comme on l'a fait. Il faut savoir s'arrêter à temps. Quand, dans un accouchement rendu laborieux par une étroitesse absolue du bassin vous aurez à faire l'application du forceps, rappelez-vous qu'après des tentatives modérées et dirigées avec une extrême douceur vous devez renoncer à cet instrument. »

D'après Delore, le forceps est capable d'exercer une pression régulière de 100 kilogr. sur une tête de fœtus sans lésion apparente; mais si, par le glissement des cuillers ou la mauvaise conformation du bassin, les pressions deviennent irrégulières et se font sur une petite surface de la tête, des frac-

tures peuvent se produire ! « au-dessous de 40 à 50 kil. de traction l'enfant survit généralement ou du moins sa mort est le plus souvent explicable par la prolongation du travail, le décollement du placenta ou la compression d'une circulaire du cordon ombilical par le bec des cuillers. Au delà de 50 kil. l'enfant peut naître vivant quoique faible. Une traction de 70 kil. causa la mort du fœtus au troisième jour. » (Fochier, 1879.)

Choix de la prise des cuillers.

Quand l'application du forceps peut s'effectuer sans inconvénients quelle est la prise la plus favorable ?

Si nous consultons de nouveau nos observations, nous trouverons le choix mentionné quatre fois seulement : l'application oblique (Obs. X) a amené un enfant vivant sans lésion apparente; l'application antéro-postérieure a extrait deux enfants morts (Obs. XI et IX) et un enfant vivant (Obs. XXI); toutefois ce dernier présentait un enfoncement du frontal.

En nous appuyant sur des preuves aussi convaincantes, nous avons le droit de conseiller l'application oblique.

L'*application directe* est à peu près abandonnée; les expériences de Delore et de Labat confirment le résultat suivant : lorsque la tête est fortement comprimée du front à l'occiput, les diamètres transverses perdent presque complètement leur réductibilité. Il a été démontré en outre que le diamètre perpendiculaire au diamètre comprimé augmente : ici, le diamètre qui devient irréductible est précisément celui qui est en rapport avec la partie la plus étroite du bassin.

Farabeuf et Varnier prétendent qu'on ne peut arriver à

saisir solidement la tête quand on la saisit par le front et l'occiput.

L'*application antéro-postérieure* a de nombreux partisans : Farabeuf et Varnier la considèrent comme une méthode de choix. « Il résulte des expériences de Baudelocque, reprises plus récemment par Delore, que la compression exercée en un seul sens, telle que la compression exercée par le bassin et le forceps sur le diamètre bi-temporal est moins dangereuse que si on l'exerce selon deux diamètres perpendiculaires, l'un à l'autre, comme dans l'application directe. Lorsque la tête est saisie régnlièrement, le diamètre bi-pariétal est réduit; les autres diamètres tels que O. F. et S. O. B peuvent s'allonger, ce qui permet d'autant mieux au fœtus de supporter une compression plus forte sur le bi-pariétal. » (Lepage.)

Budin explique les inconvénients de cette méthode : « Au point de vue du bassin, l'application est incorrecte, car la courbure pelvienne de l'instrument, au lieu de regarder en avant se trouve dirigée vers l'un des côtés.

Dès lors la traction dans l'axe sera impossible. Si les cuillers sont placées en avant et en arrière, non seulement leur courbure pelvienne, mais encore la courbure périnéale des tiges de traction se trouvent dirigées de côté. L'instrument ne peut plus agir que comme un forceps droit et le périnée apporte un obstacle absolu aux tractions dans l'axe du détroit supérieur ou tire trop en avant. Ce n'est pas tout, on transforme la branche antérieure du forceps en un levier dangereux; la puissance est au niveau du tracteur, le point d'appui derrière la symphyse et la résistance sur la tête fœtale; ainsi sont expliqués les enfoncements du crâne relatés dans un certain nombre d'observations, enfoncements produits par la cuiller antérieure. »

« Dans une application antéro-postérieure, dit Farabeuf,

ne voyez-vous pas tout de suite que la cuiller postérieure, dont le manche est repoussé en avant par la fourchette vulvaire et le coccyx, supprime la concavité du sacrum; et que le diamètre mi-sacro-pubien en est réduit considérablement? » Il suffit d'examiner les admirables figures de cet auteur pour constater la réalité de cette assertion.

Nous devons ajouter que cette méthode empêche les déformations salutaires dues à la malléabilité des os en protégeant ces parties comme des attelles.

L'*application oblique* est adoptée par la plupart des accoucheurs français.

Examinons avec Budin qnels sont les résultats obtenus : « Au point de vue du bassin l'application n'est pas absolument parfaite, mais elle peut se faire facilement. En effet, la tête touche le bassin en avant et en arrière, au niveau du promontoire et du pubis; les cuillers, pour atteindre la symphyse sacro-iliaque gauche et la région pectinéale droite, ne rencontrent donc pas les points où il y a contact entre l'extrémité céphalique et la ceinture osseuse.

» Les tractions, dirigées un peu en avant se rapprochent beaucoup des tractions dans l'axe.

» Du côté de la tête fœtale la prise n'est pas régulière: mais dans ces conditions, la tête a toujours son diamètre pariétal ou un diamètre voisin avec le diamètre minimum du bassin; et rien de ce qui a été acquis par les tractions utérines n'a été détruit. »

Porak cite le fait suivant : une application de forceps dans le diamètre antéro-postérieur rétréci n'avait pas réussi à amener la tête; une application oblique faite immédiatement après, lui permit de franchir le détroit supérieur.

M. Pinard approuvait cette méthode avant la renaissance de la symphyséotomie.

Forceps Tarnier. — Le forceps à tractions de Tarnier est l'instrument le plus commode qu'on ait jamais imaginé. Tandis que dans l'emploi du forceps ordinaire, la pression correspondante à la force de traction peut être nuisible à l'enfant, le forceps de Tarnier, au contraire, est construit de façon que toute la force soit utilisée à tirer dans l'axe sans mettre obstacle aux mouvements spontanés de la tête ; celle-ci peut jouir d'une mobilité relative, à cause du peu de compression que les cuillers exercent sur elle. « Les tiges de traction, unies aux branches de préhension par une articulation mobile dans tous les sens et peu éloignée du centre des cuillers, laissent à la tête la liberté de suivre la courbure du bassin ; aussi cette tête change à chaque instant de direction et communique son mouvement aux branches de préhension qui, à chaque instant, s'éloignent des branches de traction... On doit maintenir entre les branches et les tiges de traction un intervalle de 1 centimètre environ. » (Tarnier)

Avec le forceps de Levret, la force est appliquée aux manches de l'instrument, c'est-à-dire « à une extrémité de la tige rigide. » Tire-t-on en bas et en arrière, le périnée est refoulé et les cuillers se portent en avant, au point d'accrocher la symphyse pubienne. Si dans ces conditions on déploie une force suffisante, la tête glisse à frottement dur (lésions dues à la proéminence de l'angle sacro-vertébral) et froisse tout sur son passage.

Avec le forceps de Tarnier, la force est appliquée aux cuillers de l'instrument ; elle agit sur une portion de cette même tige rigide relativement courte et facile à mouvoir dans le bassin.

D'autre part, les branches de traction, à cause de leur courbure, contournent facilement le périnée, en sorte qu'on peut tirer au-dessous de lui et même en arrière sans avoir à le violenter.

M. le professeur agrégé Rivière a publié l'année dernière, dans la *Gazette médicale de Bordeaux*, une observation en faveur du forceps Tarnier : « Femme multipare, dont le bassin était rétréci, avait eu cinq enfants à terme. Les cinq accouchements furent pratiqués au forceps et chaque application fut suivie de la mort du fœtus. Quand la dilatation fut complète, j'appliquai le forceps sur la tête, en position transversale ; après quelques tractions, je la sentis descendre, puis tout mouvement de descente s'arrêta. J'appliquai alors le forceps Tarnier et je fus assez heureux pour avoir un enfant vivant. »

CHAPITRE V

Forceps et version. — Forceps et symphyséotomie.

Version. — Lorsque le forceps sera rejeté par suite du rétrécissement du bassin, lui substituerons-nous la version ? La réponse à cette question a été donnée d'une façon différente par divers accoucheurs. Mme Lachapelle, Simpson, Smellie, étaient partisans de la version. Dubois, Velpeau, Depaul, Joulin, prônaient le forceps à l'exclusion de la version. Smellie, en Angleterre, rejette la version dans le cas où la tête reste enclavée au détroit supérieur : « Le forceps peut réussir quelquefois quand le sacrifice de l'enfant est inévitable. » Paul Dubois disait à ses élèves : « J'ai pratiqué une fois la version dans un bassin rétréci, mais on ne m'y reprendra plus. »

Simpson, l'illustre partisan de la version, compare le diamètre bi-pariétal à la bosse d'un cône (9 cent. 1/2), et le diamètre mastoïdien au sommet du même cône : si on applique le forceps le crâne s'aplatit, tandis que dans la version le diamètre bi-mastoïdien venant le premier, la tête s'étire et le diamètre bi-pariétal diminue. Joulin détruit ces arguments en donnant les désagréments de la version.

Pajot s'élève, lui aussi, contre la théorie du cône de Simpson : il dit que la tête, en s'étendant pendant les tractions, présente son plus grand diamètre, l'occipito-mentonnier; des difficultés insurmontables résultent de cette position.

Delore admet qu'une force de 20 kilog. peut produire une fracture de la tête quand celle-ci est appuyée sur l'angle sacro-vertébral.

Champetier de Ribes a étudié, à son tour, le passage de la tête dans les bassins rétrécis. D'après ses expériences, 20 kilog. sont nécessaires pour rompre le pariétal d'un fœtus avant terme et, pour provoquer une lésion semblable chez les fœtus à terme, il ne faut pas moins de 35 kilog. Budin conclut de ses recherches que le forceps est supérieur à la version quand la grossesse est à terme, mais que la version doit être préférée au forceps quand l'accouchement est prématuré : il montre que la tête d'un fœtus de sept mois se fléchit dès qu'on tire sur les pieds, et descend ensuite. Par suite de ce mouvement de flexion, le diamètre rétréci du bassin est le diamètre bi-temporal. Par contre, lorsque la tête est plus volumineuse, ce n'est plus le diamètre bi-temporal qui s'engage à travers le diamètre promonto-sous-pubien mais un diamètre postérieur et plus grand. Enfin, quand l'enfant est à terme et a une tête de volume ordinaire, c'est le diamètre bi-pariétal lui-même, le moins réductible, qui doit franchir le diamètre rétréci.

Pour que la version puisse s'effectuer, il faut donc, d'après Budin, que la tête ait de petites dimensions.

Le promontoire joue le même rôle que dans l'extraction de la tête par le forceps; c'est lui qui est la cause véritable, la cause directe de la lésion. La cause indirecte, c'est la force déployée par l'accoucheur, force qui agit non seulement sur les pieds, mais aussi sur la tête.

Les pariétaux et les frontaux ne sont pas les seuls os qui soient fracturés pendant la version ; l'occipital peut l'être également.

Les autres lésions ont été décrites principalement par Schrœder et Rüge. De l'avis de ces auteurs, les fractures du crâne sont plus rares que celles des membres.

On observe souvent aussi des fractures du maxillaire inférieur.

Ainsi que nous venons de le démontrer, la version a ses inconvénients et ses dangers. Les lésions des os qu'elle produit ont la même gravité que les enfoncements et les fractures dus au forceps : elles s'observent dans des conditions semblables. Nous nous garderons donc bien d'employer la version dans les bassins dont le diamètre conjugué vrai mesure moins de 9 centimètres.

Symphyséotomie. — Quel est le parti le plus rationnel que l'on puisse prendre, lorsqu'on se trouve en présence d'un bassin rétréci dans le sens que nous avons indiqué (diamètre antéro-postérieur-inférieur à 9 centimètres) ? Evitera-t-on des résultats fâcheux, en ayant recours à la symphyséotomie ? Avant d'entrer dans la discussion, faisons en quelques mots l'historique de cette opération.

Nous ne la décrirons pas : le manuel opératoire, tel que le conseille M. le professeur Moussous, est indiqué tout au long dans une de nos observations (Obs. IX).

La symphyséotomie, pratiquée la première fois par Sigault, condamnée par Baudelocque et depuis tombée dans l'oubli en France, conservée par l'Ecole italienne (Novi, Morisani, Spinelli) fut réhabilitée en France, en 1891, par M. Pinard. Le savant professeur de Paris fut suivi dans cette voie par ses élèves et en particulier par l'un des plus distingués d'entre eux, M. Varnier.

Le professeur Farabeuf est devenu également un ardent défenseur de cette belle opération.

Les succès obtenus par M. Pinard furent nombreux ; voici comment il s'exprime en 1893, à la Société obstétricale : « Puisque la basiotripsie est réprouvée, que l'accouchement provoqué et le forceps au détroit supérieur sont souvent des sacrifices d'enfants déguisés, j'accepte la symphyséotomie avec enthousiasme...; quant à la version, je n'en veux plus, sauf, bien entendu, dans la présentation de l'épaule ou quelques autres circonstances analogues. »

De son côté, M. Varnier s'exprimait ainsi : « Au détroit supérieur rétréci, la version ne vaut rien; le forceps, meilleur, ne vaut pas grand chose, l'opération est abandonnée par Léopold lui-même, la basiotripsie sur l'enfant vivant n'est plus soutenue par personne. Il reste le forceps combiné à la symphyséotomie.

» Eh bien, je pense que toute tentative de forceps au détroit supérieur étroit, sans symphyséotomie, doit être défendue... Il faut toujours commencer par écarter le bassin... Nous rejetons la version et nous rejetons aussi l'accouchement provoqué.

» Le forceps doit-il précéder la symphyséotomie ?

» Doit-il, au contraire, lui céder d'emblée le pas et ne venir qu'après elle ? Nous pensons que c'est à ce dernier rôle qu'il doit se borner... »

M. Farabeuf prétend que le forceps aggrave les rétrécissements d'au moins 10 millimètres et qu'il en produit lorsqu'il n'en existe pas. « Avec la force de traction décuplée, dit-il ensuite, on peut amener les enfants en leur aplatissant la tête. Beaucoup viennent morts; d'autres survivent plusieurs jours avec ou sans convulsions. Si l'on fait l'autopsie, on trouve un enfoncement osseux, des fractures multiples, un

hématome méningé, etc... Quelques-uns ne meurent pas et restent avec leur enfoncement, une simple déformation et plus ou moins d'ampleur intellectuelle.

» Le forceps est toujours nuisible. »

M. Budin, au contraire, s'est toujours montré un partisan convaincu de l'application oblique du forceps : on lui doit de judicieuses remarques sur les inconvénients de la symphyséotomie.

En 1893, il publie une observation de symphyséotomie impuissante que nous croyons devoir signaler : « Femme rachitique de 1 mèt. 4? Diamètre A. P. : 7,50. La tête est en O. I. G. P. Le forceps n'aurait sûrement pas réussi. L'enfant était vivant. Le travail n'avançait pas. Symphyséotomie. L'enfant mourut de convulsions au quatrième jour. La femme guérit. »

D'après M. Budin, la somme des dangers n'est pas inférieure aux chances de succès chez une femme à existence déjà compromise. Nous partageons l'idée de l'auteur. Le nombre des femmes infectées qui ont péri victimes de la symphyséotomie est en effet assez considérable.

On a cité des lésions des parties molles, des déchirures de l'urèthre.

« Pour éviter les plaies antérieures vulvo-vaginales, dit M. Varnier, il faut, une fois que la tête est engagée à fond, refermer le bassin et réduire à zéro la brèche antérieure, afin de restituer aux parties molles leur soutien osseux; quitte, une fois la tête dégagée par déflexion, à laisser se rouvrir le bassin pour l'engagement et la descente des épaules et à le refermer encore pour l'extraction finale. Et cela parce qu'au détroit inférieur il n'est pas nécessaire de cet agrandissement si nécessaire au détroit supérieur. »

Maygrier rapporte un cas de bassin non consolidé. Ce phénomène s'observe rarement.

Han Van Wœrtz (*Centralb. für Gyn.* 1894) publie cinq observations dans lesquelles la suture osseuse fut faite avec succès. Au bout d'un an, la cicatrisation du cartilage était complète, la marche facile et la consolidation de la symphyse parfaite. Quand la suture est incomplète, un pont fibreux unit les deux os : la marche est encore possible. Les avantages de la symphyséotomie sont nombreux. Elle ne doit être faite que dans les cas où l'écartement de la symphyse amènera un agrandissement suffisant de l'excavation et des détroits pour que l'accouchement puisse alors se terminer par les seules forces de la nature ou puisse être terminé facilement sans efforts et sans violence par une application de forceps ou par la version.

L'écartement varie selon l'âge du sujet et les dispositions physiologiques de la femme. Baudelocque a prouvé que chaque centimètre d'écartement des pubis accroît de 2 millimètres environ le diamètre antéro-postérieur. Porté à 5 cent. 6 jusqu'à 8 centimètres, maximum de l'écartement possible sans danger, ce sera 15 ou 16 millimètres au moins ajoutés au diamètre promonto-pubien. En outre, si la bosse pariétale antérieure par sa situation au détroit supérieur peut s'engager dans le vide interpubien, le diamètre bi-pariétal se trouve augmenté d'autant (5 à 6 millimètres).

De nombreuses statistiques de symphyséotomie ont été établies par ses défenseurs. Nous en relèverons quelques-unes et nous ferons la comparaison avec d'autres statistiques fournies par l'application du forceps au détroit supérieur.

Nous ne mentionnerons pas celles qui ont été faites au temps de Novi et de Morisani.

Aujourd'hui, l'antisepsie présidant à toutes les opérations, les résultats sont plus favorables encore.

Symphyséotomie (statistiques). — Harris (de Philadelphie)

a communiqué, en 1892, une statistique d'une grande valeur. Sur 10 symphyséotomies, 1 seul enfant est mort à la suite de lésions du crâne (la tête du fœtus était volumineuse).

M. Pinard a représenté en 1893 une statistique en faveur de la symphyséotomie : sur 19 opérations, 19 femmes guéries et 19 enfants vivants, dont 16 le sont encore ; les 3 cas d'enfants morts ne sont pas imputables à la symphyséotomie ; le premier est mort par suite de l'extraction de la tête dernière ; le deuxième est mort sans présenter de lésions ; il était né avant terme, l'accouchement prématuré fut fait trop tôt ; le troisième mourut d'une fracture du frontal par application du forceps. Nous reproduirons une troisième statistique (Zweifel, de Leipzig) qui ne manque pas d'intérêt : 14 opérations ont été faites à sa clinique : toutes les femmes ont guéri ; un enfant est mort-né. L'auteur conseille d'atténuer chez les primipares l'accouchement spontané pour éviter les lésions des parties molles.

La dernière statistique de M. Pinard date de 1893 ; 43 cas dont 3 enfants morts. La mortalité fœtale s'élève donc à 7 0/0.

Rappelons qu'une symphyséotomie faite récemment à la clinique chez une femme dont le bassin mesurait 9 centimètres, a été suivie d'un plein succès.

Forceps (statistiques). — Dans la thèse de Lepage, il est une statistique communiquée par M. Varnier. Chez 22 femmes à bassin rétréci chez lesquelles le forceps appliqué au détroit supérieur a suffi pour extraire l'enfant ; il y a eu 19 enfants vivants et 3 morts.

M. Attariau-Caracach, dans sa thèse, a aussi fait un relevé statistique : le forceps est employé 49 fois. Si on retranche 2 cas où l'enfant était mort, reste 47. La mortalité fœtale a été de 27,60 0/0.

En 1893, M. Pinard a fait 10 applications de forceps : 4 enfants sont morts par fracture du crâne, 1 enfant fut blessé (enfoncement d'un pariétal). 1 enfant est né en état de mort apparente.

A la Clinique de Prague, pendant 10 ans, le forceps fut appliqué 27 fois ; résultats : 18 enfants vivants dont 9 blessés, 7 morts après l'accouchement et 2 extraits morts. Enfin, Léopold, de Dresde, a appliqué 19 fois le forceps : il a eu 4 enfants morts et 5 blessés ; parmi les blessés, 4 avaient un enfoncement du pariétal, et le cinquième une fracture du frontal.

Enfin, nous rappellerons les statistiques de Bordeaux, depuis l'année 1889, avec 50 0/0 de mortalité pour la Clinique et 75 0/0 pour la Maternité.

Il ne faut pas oublier non plus que bien des fois la symphyséotomie a donné des résultats heureux chez des femmes qui n'avaient pu conserver un seul enfant vivant de leurs anciennes grossesses ; Kufferath, a communiqué à la Société de Bruxelles le cas d'une femme qui en était à sa neuvième grossesse.

Les huit premières grossesses se terminèrent par cinq accouchements provoqués et par trois applications de forceps au détroit supérieur : les enfants moururent, sans exception.

Le neuvième accouchement, terminé par la symphyséotomie, donna un enfant vivant.

Une observation de Maygrier nous donne une idée comparative du forceps et de la symphyséotomie : « Il s'agit d'une femme dont le bassin était légèrement rétréci; l'application du forceps n'a pu engager la tête dans l'excavation; on fait la symphyséotomie. La mère et l'enfant sont en bon état. »

En terminant ce chapitre, nous émettons l'avis que nous

ont suggéré les diverses appréciations de MM. Tarnier, Pinard et Farabeuf sur les applications du forceps au détroit supérieur. Elles nous paraissent exagérées.

Le forceps dans les bassins légèrement rétrécis (9 cent. et plus) conserve tous ses avantages. Ces bassins seraient-ils rétrécis davantage qu'ils n'excluraient pas son emploi si le volume de la tête était inférieur au chiffre de la normale. Nous avons développé cette question au Chapitre III; il n'est pas nécessaire d'y revenir.

Nous nous bornerons à dire qu'il est toujours bon d'essayer deux ou trois applications de forceps inoffensives avant de recourir à la symphyséotomie quand le diamètre antéro-postérieur est égal à 9 centimètres.

Les accoucheurs de mérite qui constateront l'inutilité de ces manœuvres inciseront de prime abord la symphyse en se conformant aux règles que nous avons exposées plus haut.

Quant aux médecins de campagne, leur rôle est plus difficile à tracer.

Ils ne sont, en général, que de véritables empiriques en fait d'accouchements, et seuls, sans ressources, ils ne s'exposent pas facilement aux difficultés d'une opération sanglante. Le forceps ne les effraie pas trop; ils l'appliquent volontiers au détroit supérieur. Recommandons leur toutefois de ne pas user dans leurs tractions de force violente, afin de pouvoir, en cas d'échec, recourir utilement à la symphyséotomie.

CONCLUSIONS

Les lésions que le forceps produit sur la tête fœtale au détroit supérieur se localisent au crâne, à la face et au cou.

Les fractures, les enfoncements du crâne et les hémorrhagies méningées entraînent souvent la mort de l'enfant.

Les troubles intellectuels résultant de la compression du cerveau sont rares.

La paralysie faciale disparaît facilement.

Les lésions de la voûte orbitaire, bénignes en général, ont été suivies quelquefois de la chute des yeux.

Les fractures de la mâchoire inférieure sont dues tantôt à une mauvaise prise des cuillers, tantôt à des manœuvres mal dirigées.

Les paralysies du plexus brachial guérissent au bout de quelques jours.

Conseillerons-nous l'application du forceps au détroit supérieur? Oui, quand le diamètre promonto-pubien minimum aura plus de 9 centimètres et que les dimensions de la tête seront normales.

Dans le cas contraire, on essaiera deux ou trois applications, et si la tête ne descend pas, on aura recours à la symphyséotomie, la version donnant des résultats à peu près semblables à ceux du forceps.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Bordeaux, le 7 janvier 1896.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr MOUSSOUS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 janvier 1896.
Le Recteur :
A. COUAT

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Auvard. — *Traité d'accouchements.*

Attariau-Caracach. — Thèse de Paris 1892.

Bouchut. — *Maladies des enfants.*

Bailly. — Thèse d'agrégation, Paris 1866.

Boissard. — *Notes et observations cliniques*, 1892.

Budin. — *Obstétrique et Gynécologie*, 1886.

— *Leçons de clinique obstétricale*, 1889.

Bouchacourt. — Mécanisme de l'accouchement laborieux (Congrès médical de Lyon, 1864).

Chassagny. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1869.

Champneys. — *The Lancet*, London 1883, i. 535.

Cory. — *Obs. J. Gr. Brit.*, London, 1878-79, vi. 91.

Chailly. — *Traité d'accouchements.*

Champetier de Ribes. — Thèse de Paris 1879.

Charpentier. — *Traité des accouchements.*

Danyau. — Société de chirurgie 1857.

Ducourneau. — Thèse de Paris 1876.

Dubois. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1851.

Depaul. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1843.

Duncan. — *Sur le mécanisme de l'accouchement.*

Farabeuf. — *Annales de Gynécologie*, 1893-94.

— *Gazette hebdomadaire*, 1894.

Fochier. — Société des sciences médicales de Lyon, 1879.

Gaulard. — *Traité d'accouchements.*

Hubert. — *Traité d'accouchements.* — *Revue médicale belge*, 1893.

Hamond. — *Paris médical*, 1882.

Jacquemier. — *Manuel des accouchements*, 1846.

Joulin. — *Traité d'accouchements.*

Jouslain. — Thèse de Paris, 1865.

Jayet. — Thèse de Paris, 1858.

Klein. — *Centralblatt für Gynœk.*, 1882.

Labat. — Thèse de Paris, 1881.

Lachapelle (Mme). — *Pratique des accouchements*, 1821.

Lelièvre. — Thèse Paris 1891.

Lepage. — Thèse Paris 1888.

Léopold. — Congrès de Rome 1894

Litzmann. — *Accouchements dans les bassins rétrécis* (Traduit par Thomasset, Lyon 1889.)

Maygrier. — *Leçons cliniques*, 1893.

Mercier. — *Brit. m. J.* London 1881, i. 847.

Maillard. — Thèse Paris 1868.

Morisani. — Congrès de Rome 1894.

Nœgele. — *Traité d'accouchements.*

Pajot. — Thèse d'agrégation, Paris 1853.

Pinard. — Article « Forceps » du *Dictionnaire Encyclopédique.*

— *Annales de gynécologie*, 1892-93-94.

— Congrès de Rome 1894.

PIGNOL. — Thèse Paris 1862.

PORAK. — Société d'obstétrique et de gynécologie.

PUGLIÈSE. — *Lyon médical*, 1874.

RIBEMONT. — *Traité d'accouchements.*

SCHMIDT. — Thèse de Kiel 1890.

SIEBOLD. — *Journal fur Geburtshülfe.*

SMELLIE. — *Traité d'accouchements.*

STANESCO. — Thèse Paris 1869.

TARNIER. — *Traité d'accouchements*, 1888.

— Thèse d'agrégation, Paris 1860.

TAPRET. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1877.

TRÉLAT. — Société anatomique de Paris, 1855.

VARNIER. — *Annales de gynécologie*, 1892.

ZANCAROL. — Thèse Paris 1864.

Bordeaux. - Imprimerie du Midi, P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.